

ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ИХ СВЯЗЬ С МИКРОБНО-ВИРУСНОЙ АССОЦИАЦИЕЙ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ С III – IV СТАДИЕЙ

Наретдинова Р.Л., Григоричева Е.А.

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет
Минздравоуразвития России,
кафедра поликлинической терапии и клинической фармакологии,
г. Челябинск

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, инфекционный эндокардит, миокардит, перикардит.

Резюме: Вследствие роста ВИЧ-инфицированных, становится актуальным изучение вовлечения сердца при данной патологии. При исследовании, в 46% установлено поражение сердца, которое включает в себя диффузные миокардиты, инфекционные эндокардиты, перикардиты, связанные с туберкулезной инфекцией, вирусами герпеса, гепатитов В и С, кокковой флорой.

Актуальность: С каждым годом число инфицированных ВИЧ в мире неуклонно поднимается. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 31 декабря 2015 года достигло 1 006 388 человек. Заболеваемость ВИЧ инфекцией по Челябинской области выросла на 18% за 2015 год, всего зарегистрировано 2843 случая заболевания. [5] Сведения о поражении сердца у ВИЧ-инфицированных в литературе единичны и носят описательный характер. В связи с клиническим полиморфизмом ВИЧ/СПИД необходима соответствующая настороженность врачей всех специальностей относительно возможных клинических проявлений этого заболевания для своевременного обследования пациентов. [3,4]

Цель: Выявить частоту поражения сердца при ВИЧ-инфекции, а также их связь с микробно-вирусной ассоциацией у ВИЧ-инфицированных с III – IV стадией.

Задачи: 1. изучить результаты лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией III – IV стадии; 2. выявить количество поражений сердца, связанных с данной патологией; 3. определить структуру поражения различных отделов сердца; 4. выявить связь с микробно-вирусной ассоциацией.

Материал и методы: Проанализированы результаты лечения 230 больных с ВИЧ-инфекцией III – IV стадии, получавших лечение в Клинике Южно-Уральского медицинского университета г. Челябинска с 2011-2015 гг. Были рассмотрены клиничко-инструментальные и лабораторные обследования, включающее: 1) сбор анамнеза - наличие наркомании, беременности, туберкулезной инфекции, поражения легких; 2) эхокардиографию - размеры полостей, толщина стенок, состояние клапанного аппарата, перикарда, нарушение локальной и глобальной

сократительной функции;3) определение микробного спектра - хламидии, цитомегаловирус, гепатиты В и С, кокковая микрофлора, герпетическая инфекция.

При диагностике ВИЧ-инфекции использовались методы серодиагностики и иммуноблоттинга. Лабораторное определение вирусомикробного спектра: хламидии, цитомегаловирус, вирусы гепатитов В и С, кокковая микрофлора, герпетическая инфекция. основная инструментальная методика – ЭхоКГ(размеры полостей, толщина стенок, состояние клапанного аппарата, перикарда, нарушение локальной и глобальной сократительной функции).

Результаты и их обсуждение:Получены результаты поражения сердца в 46% случаеву ВИЧ-инфицированных III и IV стадии: инфекционный эндокардит (митрального клапана у 9 и трикуспидального клапана у 39 человек);диффузный миоперикардит (у 21 человек); жидкость в полости перикарда (у 35 человек, в 2 случаях регистрировалась тампонада сердца); утолщение листков перикарда у 56 человек.

1.Особенности поражения миокарда:ассоциация уменьшения задней стенки с гепатитами В и С, с вирусами герпеса ($p < 0.05$, коэффициент корреляции 0,29-0,37). Ассоциация уменьшения просвета аорты с цитомегаловирусной инфекцией ($p < 0.05$, коэффициент корреляции -0,27).На ЭКГ диффузные изменения миокарда регистрировались во всех отведениях. Наблюдались нарушения ритма, проводимости, признаки гипертрофии сердца.На Эхо-КГ - изменения эхогенности во всей ткани миокарда,расширение различных отделов сердца, гипертрофия миокарда, нарушение его двигательной активности.

2.Особенности поражения перикарда:ассоциация утолщения листков перикарда с кокковой микрофлорой ($p < 0.05$, коэффициент корреляции 0,26). Ассоциация жидкости в полости перикарда воспалительного генеза с наличием вирусных гепатитов ($p < 0.05$), с кандидозной инфекцией ($p < 0.05$), с туберкулезной инфекцией ($p < 0.01$).

3.Особенности поражения эндокарда: высокая частота абсцедирования и разрывов, образование межкамерных шунтов. Ассоциация с наркоманией ($p < 0.001$), туберкулезной инфекцией ($p < 0.01$) и хламидиозом ($p < 0.001$).Наряду с клинической картиной поражения эндокарда острое течение инфекционного эндокардита у 3 пациентов сопровождалось развитием острого диффузного миокардита, с быстрым развитием дилатации полостей сердца и сердечной недостаточностью, явившейся причиной смерти. Инфекционный эндокардит в наблюдаемой группе больных характеризовался тромбоэмболическими осложнениями по системе легочной артерии. Тяжесть клинических проявлений соответствовала формированию клапанных и параклапанных абсцессов, но не ассоциировалось с тяжестью трикуспидальной регургитации. Стоит отметить, что отличительными особенностями инфекционного эндокардита у этой категории пациентов являются большая тяжесть поражения легких, его диссеминированный

характер, более существенное нарушение оксигенации тканей, большая выраженность легочной гипертензии и гематологических нарушений. [2]

За многолетний период изучения микробиологической диагностики инфекционного эндокардита, установлено, что практически все бактерии могут вызвать болезнь. Однако особую важность приобретают те микробы, которые способны вызвать бактериемию: имеют способность долго сохраняться в кровотоке, обладают повышенной способностью к колонизации на эндокарде, образованию биопленки на искусственных поверхностях. Такими способностями обладают в первую очередь стафилококки, стрептококки и энтерококки. В настоящее время наиболее частым возбудителем является *Staphylococcus aureus*, выделенный у 31,2% больных. Второе место занимают стрептококки, выделенные у 29% больных, в том числе *Streptococcus viridans* – у 17%, *Streptococcus bovis* – у 6%; энтерококки – у 10% . [1] В нашем исследовании кокки в 58% являются причиной поражения эндокарда, хламидии занимают 12%, кандиды 10% и в 12% роста микроорганизмов не произошло.

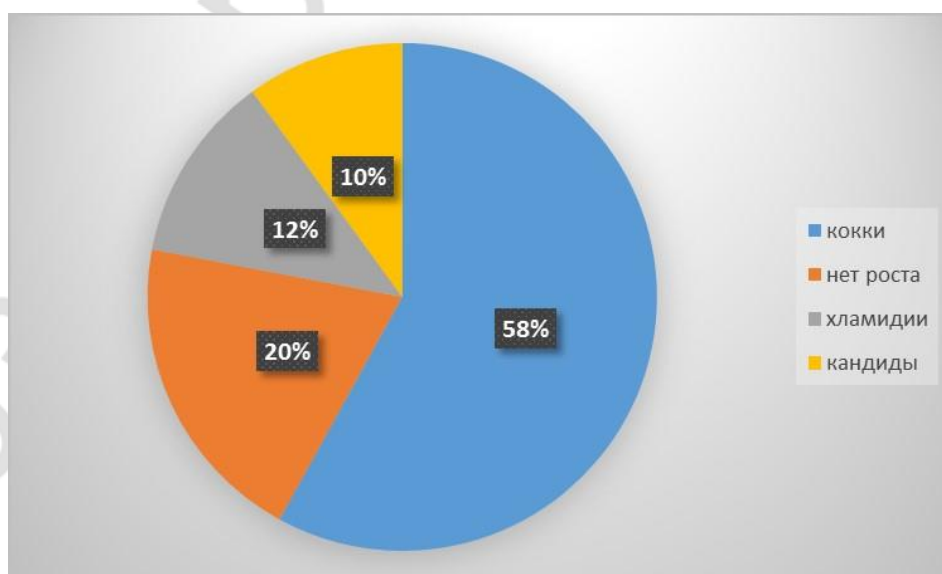


Рис. 1 - Микробный спектр при инфекционном эндокардите

Выводы: 1. Поражение сердца у ВИЧ-инфицированных III и IV стадий встречается в 46% случаев и включает в себя: диффузные миокардиты - 20%, инфекционные эндокардиты - 45%, перикардиты – 35%. 2. Поражение сердца при ВИЧ-инфекции ассоциировано с туберкулезной инфекцией, вирусами герпеса, гепатитов В и С, кокковой флорой. 3. Особенности гнойно-воспалительной инфекции с локализацией в сердце являются склонность к абсцедированию и разрывам, присоединение гнойного перикардита, ассоциация с кандидозной микрофлорой, цитомегаловирусной инфекцией, активным потреблением внутривенных наркотических веществ, вирусным гепатитом.

Литература

1. Арутюнов Г.П. Инфекционные заболевания эндокарда. Диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2013. С. 54–108.
2. Пономарева Е.Ю, Особенности течения инфекционного эндокардита на фоне ВИЧ/СПИДА у инъекционных наркоманов/ Е.Ю. Пономарева, А.А. Рощина, А.П. Ребров//Клиницист. –2011. - №3. – С.19-23.
3. Рощина, А.А. «Маски» ВИЧ/СПИД в практике врача терапевта/ А.А. Рощина, Е.Ю. Пономарева, А.П. Ребров// Терапевтический архив. – 2015. - №4. – С.41-46.
4. Ягода, А. В. Инфекционный эндокардит в клинической практике: монография/ А.В. Ягода, Н.Н. Гладких. – Ставрополь: Ставропольский государственный медицинский университет. – 2013. – 280 с.
5. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г. [Электронный ресурс]/ Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.